

Міністерство охорони здоров'я України  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
Рада молодих учених  
Студентське наукове товариство

**МАТЕРІАЛИ XVI НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

# **«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ»**

**КОНФЕРЕНЦІЯ ПРИСВЯЧЕНА 100-РІЧЧЮ  
ДЗ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
МОЗ УКРАЇНИ»**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

Дніпропетровськ  
2016

Н.Н.Коротя

**ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК РАННИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

кафедра пропедевтики внутренней медицины

Согласно официальным данным каждый третий взрослый человек в Украине страдает гипертонической болезнью (ГБ) и более 20% болеют ишемической болезнью сердца (ИБС).

Kevin Billups, один из ведущих сотрудников клиники Майо и соавтор Принстонского консенсуса III пересмотра, посвященного взаимосвязи эректильной дисфункции (ЭрД) и кардиоваскулярных заболеваний (2012) утверждает, что «ЭрД является барометром кардиоваскулярных заболеваний». Данное утверждение стало окончательно возможным после Конгресса Ассоциации американских урологов (AUA) в 2004 году, где были приняты положения, согласно которым развитие ЭрД коррелирует с развитием макро- и микроангиопатий и является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Одно из первых исследований взаимосвязи ЭрД и поражения коронарных артерий было закончено в 1980 г. Warvek A.J., которое показало четкую корреляцию между наличием коронарного поражения и частотой возникновения ЭрД.

В большинстве проводимых эпидемиологических исследований ЭрД, выявлена её корреляция с артериальной гипертензией (АГ), атеросклерозом, сахарным диабетом (СД). Seftel A. D. с соавт. исследовали данные более чем 270 тыс. пациентов с ЭрД, причём гиперлипидемия была обнаружена у 42,4 % мужчин, АГ была выявлена у 41,6 % пациентов, СД – у 20 %, сочетание АГ и гиперлипидемии – у 21 %, АГ и СД – у 12,8 %. Следовательно, у 80 % мужчин с ЭрД есть патологическое изменение сосудов и эндотелиальная дисфункция (ЭД).

В тоже время, АГ способствует развитию ЭрД и при отсутствии атеросклеротического поражения сосудов. Ряд проведенных исследований подтверждает это. Анализ результатов исследования БОЛЕРО показал, что из 2200 обследованных ЭрД отмечают 2/3 мужчин с неконтролируемой АГ.

В Финляндии было проведено исследование TAMUS (Tampere Ageing Male Urological Study, 2004). В этом исследовании была показана ассоциация сердечно-сосудистых заболеваний, цереброваскулярной патологии и СД, с повышенным риском развития ЭрД в течение 5 лет. В другом европейском исследовании, проходившем в 2003 г., на 300 обследованных пациентах было установлено, что между возникновением ЭрД и появлением признаков ИБС проходит около 39 мес.

Г.А.Косова, Е.Л.Колесник, А.В.Надюк

**ДОБОВЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ТИСКУ У ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра внутрішньої медицини 3

**Мета.** Визначити вплив індексу маси тіла (ІМТ) на рівень артеріального тиску (АТ) у чоловіків з гіпертонічною хворобою ІІ стадії за даними добового моніторингу АТ (ДМАТ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 83 чоловіка з ГХ ІІ стадії, яких, в залежності від значення ІМТ, розподілили на три групи: І група – 16 осіб з нормальною вагою, ІІ група – 32 особи з надлишковою масою тіла та ІІІ група – 35 хворих з ожирінням І – ІІІ ступеня. За даними ДМАТ (Cardio Tens-01, Угорщина) оцінювали середньодобовий, середні денний та нічний рівні систолического АТ (САТ<sub>24</sub>, САТ<sub>д</sub> та САТ<sub>н</sub>) та середні рівні діастолічного АТ (ДАТ) за добу, в денні та нічні години (ДАТ<sub>24</sub>, ДАТ<sub>д</sub>, ДАТ<sub>н</sub> відповідно). Величини представлені у вигляді медіани та інтерквартильного розподілу даних (25%; 75%).

Середній вік по групах склав: у І – 37,00 (28,00; 42,50), у ІІ та ІІІ групах – 41,00 (33,00; 51,50) та 42,00 (36,00; 52,00) років відповідно. Достовірної різниці між групами за віком не

було ( $p > 0,05$ ). У І групі ІМТ відповідав – 22,83 (20,81; 24,41), у ІІ – 27,51 (26,58; 28,73) та у ІІІ – 34,56 (31,37; 37,74) кг/м<sup>2</sup>. Всі групи різнилися між собою за ІМТ ( $p < 0,05$ ).

**Результати.** По групах САТ<sub>24</sub>, САТ<sub>д</sub> та САТ<sub>н</sub> порівнювали: у І – 140,36 (133,41; 149,80), 144,45 (139,03; 153,52) та 124,32 (115,85; 140,40), у ІІ – 138,90 (134,60; 146,65), 145,43 (140,75; 155,83) і 122,31 (119,44; 136,43), у ІІІ – 146,10 (140,21; 159,56), 153,86 (145,94; 163,70) і 132,53 (121,66; 143,41) мм.рт.ст. відповідно. За рівнем САТ<sub>24</sub> між ІІ та ІІІ групою різниця склала 7,9 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ). У хворих з ожирінням встановлено найбільший рівень підвищення САТ<sub>д</sub>. Рівень САТ<sub>д</sub> в ІІІ групі був вищим на 9,41 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ) ніж у І групі та на 8,43 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ), ніж у ІІ групі. За рівнем САТ<sub>н</sub> виявлена різниця на 10,22 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ) тільки між пацієнтами ІІІ та ІІ групи.

Значення ДАТ<sub>24</sub>, ДАТ<sub>д</sub> та ДАТ<sub>н</sub> у групах відповідали: в І – 84,56 (79,72; 90,31), 87,04 (83,18; 94,42) і 73,33 (68,65; 78,65), у ІІ – 85,54 (80,13; 88,45), 88,81 (85,81; 95,38) і 75,57 (69,8; 77,39), в ІІІ – 89,02 (82,84; 99,77), 96,02 (88,37; 105,81) і 76,77 (70,13; 85,38) мм.рт.ст. відповідно. Групи достовірно відрізнялись лише за рівнем ДАТ<sub>24</sub> та ДАТ<sub>д</sub>. Рівень ДАТ<sub>24</sub> був вищим на 3,48 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ) в ІІІ у порівнянні з ІІ групою. А рівень ДАТ<sub>д</sub> у ІІІ групі перевищував на 8,98 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ) рівень у І групі ( $p < 0,05$ ) та на 7,21 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ) – у ІІ групі.

Рівень АТ на протязі доби між обстеженими в І та ІІ групі не різнився ( $p > 0,05$ ).

**Підсумок.** При аналізі добового профілю АТ за даними ДМАТ у чоловіків з ГХ ІІ стадії в залежності від ІМТ було встановлено достовірно більший рівень САТ та ДАТ у хворих з ожирінням, особливо в денні часи. Хворі з нормальною та надлишковою вагою за рівнем АГ не відрізнялись.

Г.А.Косова, Е.Л.Колесник

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ СЕРЕДНЬОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра внутрішньої медицини 3

**Мета дослідження.** Вивчити особливості структурно-функціонального стану серця у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) ІІ стадії середнього та похилого віку.

**Матеріали та методи.** Обстежено 103 хворих з ГХ ІІ стадії, які в залежності від віку були розподілені на 2 групи: І група (n = 40) – пацієнти похилого віку (14 чоловіків – 35,00%, 26 жінок – 65,00%), ІІ група (n = 63) – хворі середнього віку (35 чоловіків – 55,56%, 28 жінок – 44,44%). Середній вік обстежених склав 63,18 (60,87; 65,26) років в І групі та 50,70 (46,97; 53,38) років в ІІ групі. Стратифікація хворих за віком здійснювалась згідно вікової періодизації ВООЗ. За тривалістю ГХ, яка складала в І групі 10,92 (5,20; 18,87) років та 7,20 (4,11; 13,00) років в ІІ групі, індексу маси тіла (ІМТ) – 29,28 (27,43; 31,43) кг/м<sup>2</sup> та 30,07 (27,14; 33,46) кг/м<sup>2</sup> – в І та ІІ групі відповідно, пацієнти обох груп достовірно не відрізнялись ( $p > 0,05$ ). За рівнем «офісного» систолического артеріального тиску (САТ) хворі по групах не відрізнялись (160,00(143,00;170,00) та 150,00(140,00;160,00) мм рт.ст. відповідно по групах). Рівень «офісного» діастолічного артеріального тиску в І групі – 87,00(80,00;94,00) мм рт.ст. був достовірно ( $p < 0,05$ ) нижче ніж в ІІ групі – 95,00(90,00;104,00) мм рт.ст. Всім хворим проводилася трансторакальна ехокардіографія (ЕхоКГ), з оцінкою розмірів лівого шлуночка (ЛШ), лівого передсердя (ЛП), товщини міжшлуночкової перегородки (ТМШП), задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ), гемодинамічних показників. Результати представлені у вигляді медіани та інтерквартильного розмаху.

**Результати.** Було встановлено, що ТМШП (в І групі – 1,44(1,29;1,60) см та 1,44(1,31;1,57) см в ІІ групі), ТЗСЛШ (в І групі – 1,05(0,99;1,30) см та в ІІ 1,00(0,98;1,20) см відповідно) перевищували нормативні значення серед пацієнтів обох груп, однак внутрішні розміри та об'єм ЛШ, товщина стінок ЛШ по групах достовірно не відрізнялись. Фракція викиду лівого шлуночка була збереженою як в І групі – 68,03(60,88;74,72)%, так і в ІІ – 70,62(65,62;73,98)%, та по групах не відрізнялась. У хворих ІІ групи було виявлено достовірно ( $p < 0,05$ ) більший індекс ригідності артерій (характеризує жорсткість судинної стінки) – 1,07(0,85;1,25), ніж у хворих ІІІ групи – 0,77(0,65;0,89). Порушення діастолічної